

Kvinner og hjertesykdom

- en utfordring for helsetjenesten?

Har vi god nok kunnskap om hvordan kvinner bør behandles for sin hjertesykdom? Får kvinner like god behandling for sin risiko og sine symptomer på hjertesykdom som menn? Dette er problemstillinger som er kommet på dagsorden de siste årene og som belyses i denne artikkelen.

Av Jan C. Frich,
forsker ved Allmennmedisins forsk-
ningsenhet, Institutt for allmenn- og
samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo



Oppmerksomheten om kvinner og hjertesykdom er økende nasjonalt og internasjonalt (1-3). Våren 2007 gikk blant annet starskuddet for den norske kampanjen «Hjerterdamer – Go red» som har til hensikt om å øke befolkningens kunnskap og bevissthet om kvinner og hjertesykdom (4). Tilsvarende kampanjer er lansert i en rekke andre land (1). Denne artikkelen gir en oversikt over enkelte problemstillinger vedrørende kvinner og hjertesykdom. Fremstillingen er basert på relevant litteratur og egen forskning.

Dødelighet og sykелighet

Kvinnens risiko for hjertesykdom øker med økende alder og i gjennomsnitt rammes kvinner av hjertesykdom ti år senere enn menn. I 2004 døde 8569 kvinner og 7293 menn av hjerte- og karsykdommer i Norge, hvilket representerer 38,5 % av alle dødsfall (5). Totalt døde 6769 personer av koronarsykdom, 3212 kvinner og 3557 menn. Dødeligheten av hjertesykdom i befolkningen har vært synkende de siste tiår, og dødeligheten har sunket mer for menn enn for kvinner (5). Dødelighetsdata gir imidlertid ikke et godt bilde av forekomsten av hjertesykdom i befolkningen, i og med at mange i dag lever lenge med sin hjertesykdom (6). Det finnes ikke nasjonale data for sykdomsbelastningen av hjertesykdom i den norske befolkningen. Mye ligger nå til rette for at det skal etableres et nasjonalt register for hjerte- og karsykdommer i Norge som kan gi slike data (7). En studie fra Finland konkluderer med at koronarsykdom de siste tiår er endret fra å være en tilstand som

rammer middelaldrende menn til å bli en kronisk sykdom hos eldre kvinner (8).

Forskjellsbehandling av kvinner?

Generelt bruker kvinner helsetjenesten i større grad enn menn (9), men forskning indikerer samtidig at kvinner blir senere diagnostisert og oppsøker helsevesenet senere enn menn for symptomer på hjertesykdom (10). Enkelte studier finner at kvinner i mindre grad får lipidsenkende behandling og revaskuleriserende behandling ved koronar hjertesykdom (11-15). Andre studier finner ingen slike kjønnsforskjeller (16, 17), og det har vært hevdet at kjønnsforskjeller kan skyldes manglende justering for alder og dårlig studiedesign (18). En fersk studie som justerte for alder og andre risikofaktorer fant imidlertid en kjønnsulikhet i disfavør av kvinner (19). Bildet er med andre ord sammensatt. En potensiell ulikhet i helsetjenestens håndtering av kvinner med risiko eller symptomer på hjertesykdom kan forklares langs tre forskjellige akser:

- Biologiske forskjeller mellom kvinner og menn.
- Manglende kunnskap hos kvinner om symptomer eller motstand mot å se seg selv som en som har risiko for koronarsykdom.
- Kjønns spesifikk hindringer i helsetjenesten.

Kvinnens symptomer

Det er viktig å ta i betraktning at kvinner generelt er eldre enn menn og har flere tilleggssykdommer når de rammes av hjertesykdom (2, 5, 6). Kvinner har dessuten litt andre symptomer enn menn, og dette byr på diagnostiske utfordringer (20). En litteraturgjennomgang om pasienters symptomer på akutt hjerteinfarkt fant at menn som regel rapporterte om sentrale bryst smerter og utstrålende smerter, mens kvinner i noe større grad rapporterte smerter i rygg, kjeve, hals, samt hadde kvalme og oppkast, svimmelhet, tretthet og manglende matlyst (21). Undersøkelser indikerer at kvinner i liten grad

ser hjertesykdom som en helsetrussel og har liten kjennskap til egen risiko (22). Kvalitative studier viser at kvinners atferd ved akutt hjerteinfarkt preges av en rekke forhold (23, 24). Familiemedlemmer som insisterer på at de må kontakte helsetjenesten, økende smerter og vanskeligheter med å puste er forhold som fremmer kontakt med helsetjenesten. Sosiale forpliktelser, manglende kunnskap, feiltolkning av symptomene og andre hindringer kan resultere i at kvinner tar senere kontakt ved akutt hjerteinfarkt.

Hjerteinfarkt – en mannslidelse?

Den typiske risikopersonen er ofte fremstilt som en mann (25, 26). Distanserer kvinner seg fra helsetrusse-len ved å tillegge hjertesykdom til menn? En norsk studie av hvilke oppfatninger menn og kvinner har av den typiske personen som har økt risiko for hjertesykdom, fant at deltakerne som regel assosierte hjertesykdom med eldre menn (26). En 36 år gammel kvinne presenterte et gjengs bilde: «Han er rundt 60-65 år, litt tykk-fallen, går i joggedress og er ikke så veldig sprek, og røyker veldig mye. Relativt lat person. Det er hjerteinfarkt-typen».

Enkelte kvinner som får påvist økt risiko for koronarsykdom forteller at de har måttet forsone seg med at dette er noe som gjelder dem (26). En 40 år gammel kvinne uttalte: «Ja det var vel det som var et sjokk for meg da, fordi at man har alltid til alle tider hørt at det er en sånn manns, at det er ytterst få kvinner og da er du veldig gammel liksom hvis det skulle skje, så det var et sjokk, at jøss har dette noe med meg å gjøre. Jeg var jo sånn sett sikker på at det var broren min som hadde det, fordi jeg tenkte at det var jo typisk ... han er jo mann og sånn ... det var litt uvant og rart å tenke på, og det tror jeg er veldig gjengs rundt omkring, altså kvinner er ikke opptatt av det. Nei. Det er liksom. De sier til mannen sin at nå må du få sjekket opp dette her, og så glemmer de seg selv, tror jeg.» (26). Slike oppfatninger var det flere kvinner som gav uttrykk for, og de viser at man danner seg bilder av egen risiko med utgangspunkt i forestillinger om den typiske risikopersonen. Pasienter vektlegger også den arvelige belastningen av hjertesykdom i slekten ved vurdering av egen risiko (26), men kjønn ser ut til å spille en vesentlig rolle for risikoforståelsen.

Møtet med helsetjenesten

Flertallet av kvinner får god behandling for sin risiko og sine symptomer i helsetjenesten (11-17, 19). Enkelte kvinner har likevel opplevd at symptomene ikke ble tatt på alvor i møtet med helsepersonell (28). I en norsk studie hvor 20 kvinner med familier hyperkolesterolemi ble intervjuet om sine erfaringer med helsetjenesten fortalte deltakerne om opplevelser av ikke å bli tatt på alvor (29). Kvinnene fortalte om motstand når de henvendte seg til helsetjenesten med ønske om å få ta en kolesteroltest, at deres risiko ble bagatellisert, og at

deres symptomer på akutt hjerteinfarkt var blitt feiltolket av legen. Enkelte fortalte om leger som hadde konfrontert dem med at de ikke var menn, og at det derfor ikke var grunn til bekymring. Noen opplevde også at informasjon om deres arvelige belastning for hjertesykdom ikke ble tillagt vekt. En 31 år gammel kvinne gav uttrykk for sine erfaringer slik: – Det har jeg til og med fått høre fra leger: «Ja men en ung og frisk jente som deg, du har vel ikke høyt kolesterol?» Og da, ikke sant, da blir det jo noe man ikke har lyst til å nevne når man selv fra leger får en sånn beskjed da ... jeg fikk følelsen av at «Ja, ja, men du er jo ikke mann, og du er ikke femti, og du røyker ikke og er ikke overvektig, så det er sannsynligvis ikke noe problem.» (29). Slike erfaringer indikerer at kjønn har betydning ved helsepersonells vurdering og håndtering av risiko og symptomer på hjertesykdom.

Oppsummering

Kvinner utgjør en betydelig andel av hertepasienter og det er en utfordring for helsetjenesten å håndtere disse på en best mulig måte. Mye kunnskap om behandling av hjertesykdom er utviklet med utgangspunkt i studier på menn og derfor trengs det mer kunnskap om hva som er nyttig og god behandling av kvinner (1, 20).

Hjertesykdom har tradisjonelt blitt oppfattet som en manns sykdom. En slik oppfatning kan resultere i uhen-siktsmessige hindringer for kvinner, fordi kvinner ikke tar egen risiko eller symptomer på alvor eller fordi kvinner møter hindringer i helsetjenesten. Det trengs økt bevissthet om hvordan hjertesykdom fremstilles i det offentlige rom – i pasientbrosjyrer, mediene og i den all-menne helseopplysningen – slik at man ikke forsterker forestillingen om hjertesykdom som en mannslidelse. Det er betimelig å rette søkelyset mot kvinner og hjer-tesykdom, slik at kvinner har mulighet til å få et mer bevisst forhold til egen risiko og symptomer. Behandlere må på sin side ha bevissthet om kjønnsforskjeller i symptomutformingen ved akutte koronare syndromer slik at «atypiske» symptomer ikke blir oversett eller feiltolket. En økt oppmerksomhet om kvinner og hjer-tesykdom utelukker ikke at det også er spesielle utfordringer knyttet til behandling og oppfølging av menn med hjertesykdom (30).

Variasjonen mellom enkeltpersoners erfaring og håndtering av egen helse og sykdom kan ofte være mer slående enn forskjeller på tvers av kjønn. Sykepleiere og annet helsepersonell må likevel være var for at en kvinne kan ha vansker med å akseptere en diagnose eller å godta at man er i risikozonen, fordi man har et mentalt bilde av at hjertesykdom egentlig er en manns-lidelse. Behandlerne må anerkjenne slike reaksjoner og møte pasienten med omsorg og informasjon om at hjer-tesykdom rammer både kvinner og menn. Det finnes ikke én typisk hertepasient, men mange.

*Husvegg på Sagene
i Oslo, 2002.
Hjertesykdom har
lenge vært fremstilt som
en mannslidelse,
men et slikt bilde er ikke
lenger i harmoni med
dagens sykdoms-
panorama.*

Foto: Jan C. Frich.



Korrespondanse: j.c.d.frich@medisin.uio.no

Forfatteren har mottatt finansiering fra Norges forskningsråd og Extramidler fra Helse og Rehabilitering.

Litteratur

1. Risøe C, Graff-Iversen S. Får kvinner like god behandling for hjertesykdom som menn? Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006; 6: 785-787.
2. Løchen M-L, Njåstad I. Myter og realiteter om kvinner og hjertesykdom. I: Schei B, Bakketeig LS, red. Kvinner lider – menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 146-162.
3. Elstad HL. Et slag for kvinnehjertene. Hjerterposten 2007; nr. 1: 18.
4. Hjerterdamer. Go red. <http://www.hjerterdamer.no> (22.9. 2007)
5. Dødsårsaker 2004. Statistisk sentralbyrå: www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/index.html (22.9. 2007)
6. Njåstad I. Endringer i sykdomspanoramaet. I: Forfang K, Rasmussen K, red. Det norske hjerte: norsk hjertemedisins historie. Oslo: Universitetsforlaget, 2007: 47-58.
7. Alm C. Personidentifiserbart pasientregister og nasjonalt register for hjerte- og karsykdommer i Norge innen overskuelig fremtid? Hjerterposten 2007; nr. 1: 30-31.
8. Kattainen A, Salomaa V, Härkänen T et al. Coronary heart disease: from a disease of middle-aged men in the late 1970s to a disease of elderly women in the 2000s. European Heart Journal 2006; 27: 296-301.
9. Malterud K, Okkes I. Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. Family Practice 1998; 15: 404-410.
10. Dracup K, Moser DK, Eisenberg M et al. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. Social Science & Medicine 1995; 40: 379-392.
11. Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist health care? Journal of Health Services Research & Policy 2000; 5: 237-249.
12. Anand SS, Xie CC, Mehta S et al. Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. Journal of the American College of Cardiology 2005; 46: 1845-1851.
13. Carroll K, Majeed A, Firth C et al. Prevalence and management of coronary heart disease in primary care: population-based cross-sectional study using a disease register. Journal of Public Health Medicine 2003; 25: 29-35.
14. Tonstad S, Rosvold EO, Furu K et al. Undertreatment and overtreatment with statins: the Oslo Health Study 2000-2001. Journal of Internal Medicine 2004; 255: 494-502.
15. Bowling A, Bond M, McKee D et al. Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications. Heart 2001; 85: 680-686.
16. Mark DB, Shaw LK, DeLong ER et al. Absence of sex bias in the referral of patients for cardiac catheterization. New England Journal of Medicine 1994; 330: 1101-1106.
17. Nilsson P, Brandström H, Lingfors H et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? Scand J Prim Health Care 2003; 21: 37-42.
18. Vaccarino V. Angina and cardiac care: are there gender differences, and if so, why? Circulation 2006; 113: 467-469.
19. Daly C, Clemens F, Sendon JLL et al. Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. Circulation 2006; 113: 490-498.
20. Mendelsohn ME, Karas RH. Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences. Science 2005; 308: 1583-1587.
21. Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? American Heart Journal 2004; 148: 27-33.
22. Mosca L, Jones WK, King KB et al. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. Archives of Family Medicine 2000; 9: 506-515.
23. Schoenberg N, Peters JC, Drew EM. Unraveling the mysteries of timing: women's perceptions about time to treatment for cardiac symptoms. Social Science & Medicine 2003; 56: 271-284.
24. Aslanian-Engoren C. Treatment-seeking decisions of women with acute myocardial infarction. Women & Health 2005; 42: 53-70.
25. Ruston A, Clayton J. Coronary heart disease: women's assessment of risk – a qualitative study. Health, Risk & Society 2002; 4: 125-137.
26. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. How do patients at risk portray candidates for coronary heart disease: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007; 25: 112-6.
27. Frich JC, Ose L, Malterud K et al. Perceived vulnerability to heart disease in patient with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. Annals of Family Medicine 2006; 4: 198-204.
28. LaCharity LA. The experiences of younger women with coronary artery disease. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 1999; 8: 773-785.
29. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2006; 24: 38-43.
30. Lilleaas U-B. Det sterke kjønns sårbarhet. Sosiologisk Tidsskrift 2006; 14: 311-325.